Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 8185 2021 | C.D.P. No.: | 3597 |
| Proceso al que pertenece: | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2808992 - "APH" | | |
| Unidad a la que pertenece: | UMHES SAN BLAS | | |
| Nombre del Contratista: | KEIDY DANIELA CUENCA GALEANO | C.C. | 1.023.020.852 de: BOGOTA D.C. |
| Fecha Inicio: | 2021-11-25 | Fecha Terminación Inicial: | 2023-10-31 |
| Valor Mensual: | $ 1.879.902 | Valor a cobrar: | $ 1.819.260 |

| ADICIÓN OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | NOVIEMBRE | $ 848.988 | $ 259.000 | 104104690 |
| 2 | DICIEMBRE | $ 1.819.260 | $ 259.000 | 1041521133 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 44.177.697 | $ 44.177.697 | $ 2.668.248 | $ 41.509.449 |

## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-12-01 Hasta: 2021-12-31

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (La impuestas en la Orden) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente. | Presti servicio como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente | Para realizar las actividades me presento a disposición y la subred cuenta interna en asesoría de turnos y días asignados Para realizar verificación de las evidencias |
| 2 | Estar presente en el momento de las entregas y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto. | Estuve presente en el momento de las entregas y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto. | Registro por medio de libro de novedades de recibido y entrega de turno, mensajes enviados por medio establecido por la subred Sistema de APH. |
| 3 | Garantizar el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica. | Garantizé el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica. | Historias clínicas, registros de atención y planillas de desplazamientos. |
| 4 | Dar respuesta oportuna al direccionamiento de ovation y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Unidad Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria | Di respuesta oportuna al direccionamiento de ovation y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Unidad Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria | Historias clínicas, registros de atención y bitácora de desplazamientos. |
| 5 | Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la especialidad de la salud, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a los del Programa de Atención Prehospitalaria. | Cumplí con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la especialidad de la salud, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a los del Programa de Atención Prehospitalaria. | Registro por medio de libro de novedades de recibido y entrega de turno, mensajes enviados por medio establecido por la Unidad funcional de APH. |
| 6 | Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las auxiliares por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe. | Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las auxiliares por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe. | Registro por medio de libro de novedades de recibido y entrega de turno, mensajes enviados por medio establecido por la Unidad funcional de APH. |
| 7 | Verificar el diligenciamiento de las solicitudes de emergencias previo a confirmación por el CRUE. | Verifique el diligenciamiento de las solicitudes de emergencias previo a confirmación por el CRUE. | Check list de inventario, libro de recibo y entrega de turno |
| 8 | Portar de manera decorosa los prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. | Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que me acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. | Toma de signos vitales en el sitio de trabajo |
| 9 | Cumplir todo lo contemplado en el manual de bioseguridad | Cumplí lo contemplado en el manual de bioseguridad | Uso correspondiente de bioseguridad requerida según con el incidente, Informando a la central si hubo y el final de los tiempos de desinfección |
| 10 | Aplicación de listas de chequeo para manipulación y seguridad del paciente en cuanto a protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia. | Aplique las listas de chequeo para manipulación y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia | Correcto diligenciamiento de documentos de historia clínica, teniendo con el tiempo correspondiente para una buena atención oportuna y completa |
| 11 | Informe y registro eventuales de daño técnico | Hice uso de protocolo "paciente inestable" para realizar previa intervención y direccionamiento | Hice uso de protocolo "paciente inestable" para realizar previa intervención y direccionamiento |
| 12 | Reporte y registro de eventos de seguridad | Reporte y registre los eventos de seguridad. | Se activa protocolo de eventos de con pte inestables, ARL si se requiere y personal competente |
| 13 | Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. | Seguir adecuadamente los protocolos establecidos |
| 14 | Tratar signos y síntomas de salud al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. | Trate signos y sintomatología al cliente interno como externo | Se diligencia consentimiento informado para la realización y abordaje de la atención, esto contemplado a la historia clínica y el Registro de Atención. |
| 15 | Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneje de acuerdo con el desarrollo de las actividades | Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneje de acuerdo al desarrollo de mis actividades | Se diligencia consentimiento informado para la realización y abordaje de la atención, esto contemplado a la historia clínica y el Registro de Atención. |
| 16 | Garantizar la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos sean direccionados al taller y/o mantenimiento | Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos fueron direccionados al taller y/o mantenimiento | Al momento de la entrega de insumos biomédicos se diligencia personalmente documentación, hoja de vida de cada biomédico y la verificación de su funcionamiento |
| 17 | Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. | Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. | Se diligencia consentimiento informado para la realización y abordaje de la atención, esto contemplado a la historia clínica. |
| 18 | Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. | Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. | Asistí a los requerimientos del personal para ser capacitado y diligencie planillas de asistencia, puntual y positivo |
| 19 | Contar con el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad. | Contrale el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad. | Uso correspondiente de bioseguridad requerida según con el incidente, Informando a la central si hubo y el final de los tiempos de desinfección, quitarse guantes, ingresar, ingresar entre otros |
| 20 | Trabajar mancomunadamente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes seguridad", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios. | Trabaje en los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes seguridad", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios. | Oportunamente entregue cuenta de cobro al personal administrativo encargado |
| 21 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherente con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH" dentro de la misma y independiente para el desarrollo del mismo. | Cumplí las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel asistencial y área de desempeño del cargo contratado en el ámbito de movilidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Para realizar las actividades me presento a disposición de la subred centro oriente en asesoría de turnos días asignados Para realizar verificación de las evidencias |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL

Firma del Contratista

C.C. 1.023.020.852 de BOGOTA D.C.

## VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | MARIA ANGELINA QUIÑONES SANDOVAL |
| CARGO: | Directora de Urgencias |
| FIRMA | |

**CUENTA DE COBRO No. 2**

**FECHA 31/12/2021**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**
**CENTRO ORIENTE E.S.E.**
**Nit. 900.959.051.7**

**DEBE A:**

**KEIDY DANIELA CUENCA GALEANO**
**C.C. 1.023.020.852**

**LA SUMA DE**

**UN MILLON OCHOCIENTOS DIECINUEVE MIL DOCIENTOS SECENTA PESOS**

**($1.819. 260)**

Por concepto de **180 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 8185 2021,** con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **DICIEMBRE DE 2021.**

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente

Keidy cuenca

**KEIDY DANIELA CUENCA GALEANO**
**C.C. No. 1.023.020.852**
**Teléfono: 3138769094 DIRECCION CARRERA 1 D 97 C 46 SUR**
**N° CUENTA: 0570462870039924 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2021-12-03, 03:38:05 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1041521133

**Periodo Cotización** 202111 **Periodo Servicio** 202111

**PAGADA 2021-12-03 10:57:04.0**

## . DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| lazón Social | KEIDY DANIELA CUENCA GALEANO | | | | |
| locumento | CC 1023020852 | Dirección | CR 1D SUR #97 C - 46 | | |
| ipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3138769094 | | |
| ipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | UNICO | Total Afiliados | 1 |
| iudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. | | |
| epresentante Legal | | Identificación | | | |

## . DATOS DEL AFILIADO

| Documento | | | Residente | | Exonerado | | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 03 | 00 | | | | N | CUENCA GALEANO KEIDY DANIELA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

## I. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | Pensión | | | | | | Salud | | | | | Riesgos | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Salario | Código AFP | Autogest. Tran. AFP | Tarifa AFP | IBC | Cotiz. Aporte AFP | Cotiz. Aporte FSP | Cotiz. Aporte FSPS | Código EPS | Código Tral. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | $ 689.500 | 230301 | | 16 % | $ 138.500 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | 125002 | | 12.5 % | $ 958.125 | $ 113.800 | $ 0 | IV | 6.96 % | $ 0 | $ 0 | 14 CCF | 2 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

## V.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Caja | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | NINGUNA ARP | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 113.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 259.000 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!